



# Departamento de Servicios Sociales del Condado de Suffolk

## Agencia de Cuidado Infantil de FCSA

### Encuesta Confidencial de Empleo

**(El empleador debe completar todas las secciones relacionadas con el empleo y firmar el formulario)**

FECHA	EMPLEADO	SSN (N° DE SEGURIDAD SOCIAL)	N° DE CASO DE DSS
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL CASO DE DSS		ENVÍE EL FORMULARIO A: <input type="checkbox"/> EMPLEADO O <input type="checkbox"/> DIRECCIÓN INDICADA	
		A LA ATENCIÓN DE: _____ <input type="checkbox"/> FAX DE DSS _____	
FECHA DE INICIO DEL EMPLEADO:	SI EL EMPLEADO YA NO ESTÁ TRABAJANDO, EXPLIQUE EL MOTIVO E INCLUYA LA ÚLTIMA FECHA EN LA QUE TRABAJÓ: ÚLTIMO DÍA:	FECHA DE ENVÍO SOLICITADA:	

Un requisito de elegibilidad para recibir cuidado infantil es verificar el empleo. El Artículo 143 de la Ley de Bienestar Social establece: **"Si un representante autorizado lo solicita... los funcionarios o directivos de cualquier empresa o sociedad, y todos los empleadores de mano de obra de cualquier tipo, que desarrollen sus actividades en el estado de Nueva York, suministrarán a dicho representante o autoridad, la información relacionada con sueldos, salarios, ganancias u otros ingresos de cualquier solicitante o beneficiario de cuidado infantil ...o de cualquier familiar legalmente responsable de la manutención de dicho solicitante o beneficiario".**

INGRESOS DE LAS ÚLTIMAS 12 SEMANAS DE EMPLEO (PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR)				
PERIODO DE PAGO		SALARIO BRUTO <small>(antes de las deducciones)</small>	PROPINAS/CO MISIÓN	OTRO (ESPECIFICAR)
DESDE	HASTA			

Fecha de inicio:	Título:	Salario por hora:	Promedio de horas trabajadas:				
Periodo de pago: ___ por semana; ___ cada dos semanas; ___ quincenal; ___ mensual (___ el 1° ___ el día 15 ___ el día 30); ___ Otro, especificar: _____							
Marque con un círculo los días de la semana en los que trabaja el empleado:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Indique el horario en el que usualmente trabaja (por ejemplo, de 9 a.m. a 5 p.m.):							

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
 Dirección del empleador: \_\_\_\_\_  
 Persona de contacto en el lugar de trabajo local: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Firma del empleador: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_